

Vergaderjaar 2013–2014

**29 689**

**Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 496**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 12 februari 2014

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 16 oktober 2013 inzake de reactie op de gewijzigde motie van de leden Leijten en Bruins Slot over problemen met de verwijzing in de geriatrische revalidatiezorg (Kamerstuk 29 689, nr. 478). De op 29 november 2013 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 11 februari 2014 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

## **I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES**

### **Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

De leden van de fractie van de PvdA hebben kennisgenomen van de brief over de problemen met de verwijzingen in de geriatrische revalidatiezorg en hebben daarover nog een vraag.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de minister momenteel signalen heeft dat er mensen tussen wal en schip vallen nu er nog niet direct doorverwezen kan worden naar de geriatrische revalidatiezorg. Zo ja, hoeveel mensen betreft dit en wat gaat de minister in de tussentijd voor maatregelen treffen om dit te ondervangen?

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de reactie op de gewijzigde motie van de leden Leijten en Bruins Slot over problemen met de verwijzing in de geriatrische revalidatiezorg. Deze leden constateren dat de acute problematiek rondom geriatrische revalidatiezorg door het toegezegde onderzoek van de minister niet wordt opgelost. Zij betreuren het dat de minister geen prioriteit geeft aan het oplossen van de knelpunten, terwijl er wel vele meldingen van knelpunten zijn. De leden van de SP-fractie ontvangen meldingen dat mensen onnodig opgenomen worden in het ziekenhuis voor revalidatiezorg, omdat het via thuis niet kan. Kan de minister aangeven bij hoeveel mensen dit momenteel het geval is? Vindt de minister het ook zonde van energie en geld als iemand zonder opname in het ziekenhuis ook geholpen had kunnen worden? Het zou volgens deze leden zo moeten zijn dat de zorgbehoefte en de zorginvulling leidend moeten zijn in plaats van de bureaucratische oordelen van wanneer een DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) revalidatiezorg geopend kan worden. Genoemde leden willen weten of de minister bereid is een tussenoplossing te zoeken, zodat mensen ook via de thuissituatie geriatrische revalidatiezorg kunnen krijgen, totdat hierover nader gesproken wordt. Indien de minister hiertoe niet bereid is, willen deze leden weten welke redenen de minister aangeeft om dit niet te regelen. Voorts willen de leden van de SP-fractie weten of in het onderzoek ook gekeken wordt naar de kostenbesparing van het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames. Deze leden vragen om een toelichting op dit punt. Tevens vragen zij of het mogelijk is dat het onderzoek uiterlijk 1 maart 2014 naar de Kamer kan worden toegestuurd. Tot slot willen de leden van de SP-fractie weten of de overheveling van geriatrische revalidatiezorg vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet op korte termijn wordt geëvalueerd.

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben met enige bezorgdheid kennisgenomen van de brief van de minister over de onderzoeksfase betreffende de uitvoering van de motie van de leden Leijten en Bruins Slot. Het is de leden van de CDA-fractie niet helemaal duidelijk waarom dit zo lang moet duren, de motie is op 3 juli 2013 ingediend. Kan de minister dit toelichten?

Deelt de minister de mening van de leden van de CDA-fractie dat het niet altijd noodzakelijk is om eerst iemand op te nemen in het ziekenhuis alvorens in het revalidatiecentrum te worden opgenomen en dat dit onnodig kostenverhogend kan zijn?

Kan de minister inzage geven in hoeveel dit het afgelopen jaar – 2013 – heeft gekost?

Waarom worden de huisartsen (LHV) niet gelijk betrokken bij de onderzoeksfase, dit betreft immers de essentie van de motie, zo vragen deze leden. Kan er in deze onderzoeksfase niet voor een praktische – tussentijdse – oplossing of regeling gekozen worden? Waarom kan dit wel of waarom kan dit niet?

## **II. REACTIE VAN DE MINISTER**

### **Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

*De leden van de fractie van de PvdA vragen of de minister momenteel signalen heeft dat er mensen tussen wal en schip vallen nu er nog niet direct doorverwezen kan worden naar de geriatrische revalidatiezorg. Zo ja, hoeveel mensen betreft dit en wat gaat de minister in de tussentijd voor maatregelen treffen om dit te ondervangen?*

Met de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg is een nieuwe situatie ontstaan, waarin de zorg geleverd wordt vanuit de Zvw en waarin de aanspraak op geriatrische revalidatiezorg (GRZ) helder is afgebakend (in de AWBZ aanspraak ging doorgaans een ziekenhuisopname aan het GRZ traject vooraf, ziekenhuisopname is nu vereist). Deze nieuwe situatie vraagt aanpassing van alle betrokkenen. Aanpassing van de oude werkwijze om te komen tot een nieuwe geëigende weg, waarin de zorgpartijen elkaar opnieuw weten te vinden, betrokkenen op elkaar zijn ingespeeld en passende zorgtrajecten voor de patiënten worden gevonden. Tevens is gebleken dat de aanspraak voorheen ruimer werd geïnterpreteerd dan hetgeen werd beoogd. Deze aanpassingen naar de nieuwe situatie hebben tijd nodig<sup>1</sup>.

Ik heb met betrekking tot de GRZ nog geen signalen ontvangen waarvoor ik tussentijdse maatregelen noodzakelijk acht. Het is mij dan ook niet duidelijk welke mensen de leden van de fractie van de PvdA voor ogen hebben. GRZ is specialistische zorg bedoeld voor «zware» gevallen; voor patiënten die daarop – gelet op hun complexe problematiek – zijn aangewezen. Voor «lichte» gevallen volstaat behandeling in de eerste lijn. De signalen die ik ontvang worden besproken met het veld<sup>2</sup> en gaan over het algemeen over het vinden van nieuwe passende zorgtrajecten waar de patiënten bewuster in moeten worden begeleid en waarvan de GRZ één van de mogelijkheden is.

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

*De leden van de SP-fractie constateren dat de acute problematiek rondom geriatrische revalidatiezorg door het toegezegde onderzoek van de minister niet wordt opgelost. Zij betreuren het dat de minister geen prioriteit geeft aan het oplossen van de knelpunten, terwijl er wel vele meldingen van knelpunten zijn. Deze leden geven aan meldingen te ontvangen dat mensen onnodig opgenomen worden in het ziekenhuis voor revalidatiezorg, omdat het via thuis niet kan. Kan de minister aangeven bij hoeveel mensen dit momenteel het geval is? Vindt de minister het ook zonde van energie en geld als iemand zonder opname in het ziekenhuis ook geholpen had kunnen worden? Het zou volgens deze leden zo moeten zijn dat de zorgbehoefte en de zorginvulling leidend moeten zijn in plaats van de bureaucratische oordelen van wanneer een DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) revalidatiezorg geopend kan worden.*

Mensen moeten de zorg krijgen die zij nodig hebben. Ik ben het dan ook met de leden van de SP-fractie eens dat de zorgbehoefte van de patiënt

<sup>1</sup> Zie ook de Kamerbrief van 3 juli 2013, Kamerstuk 30 597, Nr. 366

<sup>2</sup> ActiZ, CIZ, CVZ, DBC-Onderhoud, NVZ, NPCF, NVKG, NZa, RN, Verenso en ZN

leidend moet zijn bij de zorginvulling. Maar het zou zonde van de energie en het geld zijn als iemand dure GRZ zorg krijgt, terwijl deze persoon ook in zijn eigen omgeving geholpen kan worden. Bijvoorbeeld met eenvoudige paramedische extramurale zorg (fysiotherapie, ergotherapie en logopedie) onder verantwoordelijkheid van de huisarts of (ambulante) vervolg behandeling, verpleging en/of verzorging. GRZ is specialistische zorg voor die mensen die daar daadwerkelijk op aangewezen zijn, volgend op een acuut probleem waarbij ziekenhuisopname noodzakelijk is (bijvoorbeeld een hersenbloeding of een gebroken heup). Ik ga er vanuit dat de zorgverleners na de nieuwe situatie die op 1 januari 2013 is ontstaan de verschillende zorgtrajecten inmiddels kennen en de zorgvraag van de patiënt juist en integer invullen.

Bij besprekingen over de ervaren knelpunten met de nieuwe aanspraak GRZ begin 2013, bleek dat het momenteel nog ontbreekt aan een duidelijke breed gedragen standaard waarin richtlijnen, zorgpaden en kwaliteitsstandaard voor kwetsbare ouderen (goede diagnostiek en zo nodig behandeling met een goede overdracht (verwijzing) en goed vervolg) zijn beschreven en dus ook nog niet algemeen worden toegepast. Het belang van zulke standaarden wordt onderschreven door professionals uit het veld en komt overeen met de adviezen uit het rapport «Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen» van de KNMG uit 2010. Zolang het ontbreekt aan goede richtlijnen ben ik genoodzaakt om de huidige voorwaarden voor GRZ te handhaven.

Daarnaast ben ik van mening dat er meer moet worden ingezet op de versterking van de eerste lijn, zodat deze beter wordt ingericht voor de kwetsbare oudere. Ik volg en ondersteun daarom een van de initiatieven die zich hiermee bezig houdt binnen de «proeftuinen en pilots<sup>3</sup>». Genoemde pilot draait om de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in een huisartsenpraktijk in Velp en heeft onder andere als doelstellingen het uitstel van opname in een verzorging- of verpleeghuis en gepaste verwijzing naar de tweede lijn. Hiermee blijven de mensen zo lang mogelijk zelfredzaam, blijven ze de regie over hun leven houden en wordt de benodigde zorg zo laag mogelijk in de keten georganiseerd. Hier moeten we naartoe en de huidige heldere afbakening van de aanspraak GRZ ondersteunt deze beweging.

*Genoemde leden willen weten of de minister bereid is een tussenoplossing te zoeken, zodat mensen ook via de thuissituatie geriatrische revalidatiezorg kunnen krijgen, totdat hierover nader gesproken wordt. Indien de minister hiertoe niet bereid is, willen deze leden weten welke redenen de minister aangeeft om dit niet te regelen.*

Er wordt nu een zorginhoudelijke analyse uitgevoerd naar de vraag of direct vanuit de afdeling spoedeisende hulp dan wel direct via de huisarts – eventueel met tussenkomst van de geriatrisch specialist – verantwoord doorverwezen kan worden. De uitkomst hiervan verwacht ik binnenkort. Ik ben niet van plan lopende deze analyse de aanspraak zoals deze in 2012 met alle betrokken partijen is afgestemd, tussentijds aan te passen zonder dat duidelijk is wat de zorginhoudelijke gevolgen hiervan zijn. Daarnaast heb ik geen signalen ontvangen dat mensen zorg onthouden wordt die ze nodig hebben.

*Voorts willen de leden van de SP-fractie weten of in het onderzoek ook gekeken wordt naar de kostenbesparing van het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames. Deze leden vragen om een toelichting op dit punt.* Ik vind het van belang dat GRZ toegankelijk is voor die patiënten die – gelet op hun complexe problematiek – zijn aangewezen op deze vorm van

<sup>3</sup> Zie ook Kamerbrief van 23 april 2013, Kamerstuk 32 620, Nr. 85

specialistische zorg. Daarom wordt in de aanspraak de eis gesteld van voorafgaande ziekenhuisopname. De hoofdvraag in de zorginhoudelijke analyse is of er situaties zijn (en zo ja welke) waarin patiënten met zware problematiek, zonder dat sprake is van een ziekenhuisopname, aangevoerd zijn op GRZ in welk geval direct vanuit de afdeling spoedeisende hulp dan wel direct via de huisarts – eventueel met tussenkomst van de geriatrisch specialist – moet kunnen worden doorverwezen naar de GRZ. Deze analyse is dus primair vanuit zorginhoudelijk perspectief opgezet en niet primair vanuit het perspectief van kostenbesparing. Zoals ik eerder heb aangegeven is hiervoor nodig dat sprake is van een heldere, breed gedragen standaard waarin richtlijnen, zorgpaden en kwaliteitsstandaard voor kwetsbare ouderen (goede diagnostiek en zo nodig behandeling met een goede overdracht (verwijzing) en goed vervolg) zijn beschreven en dat deze standaard algemeen wordt toegepast. Zolang het ontbreekt aan een goede richtlijn ben ik genoodzaakt om de huidige voorwaarden voor GRZ te handhaven. Op basis van de zorginhoudelijke analyse van de beroepsgroepen zal ik een besluit nemen.

*Tevens vragen zij of het mogelijk is dat het onderzoek uiterlijk 1 maart 2014 naar de Kamer kan worden toegestuurd. Tot slot willen de leden van de SP-fractie weten of de overheveling van geriatrische revalidatiezorg vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet op korte termijn wordt geëvalueerd.*

Zodra de zorginhoudelijke analyse beschikbaar is zal ik die aan de Kamer toesturen. Over een evaluatie kan ik u mededelen dat de NZa in juni 2013 een impactanalyse heeft afgerond en aan mij heeft aangeboden<sup>4</sup>. Deze impactanalyse gaat in op de gevolgen van de overheveling van geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Deze analyse richtte zich voornamelijk op de mogelijke gevolgen van de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem (DBC's) en de werking van het overgangsregime (het vangnet). Daarnaast is ook een aantal aandachtspunten naar voren gekomen waar rekening mee moet worden gehouden bij volledige invoering van DBC-bekostiging. Zo wordt de onduidelijkheid bij de veldpartijen over de gewijzigde aanspraak, de onderhandelingen tussen (individuele) zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor het jaar 2014 en de samenwerking in de GRZ-keten genoemd. Deze aandachtspunten en aanbevelingen zijn meegenomen in de overleggen die ik geregeld heb met het veld over de GRZ.

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

*De leden van de CDA-fractie hebben met enige bezorgdheid kennisgenomen van de brief van de minister over de onderzoeksfase betreffende de uitvoering van de motie van de leden Leijten en Bruins Slot. Het is de leden van de CDA-fractie niet helemaal duidelijk waarom de uitvoering van de motie van de leden Leijten en Bruins Slot zo lang moet duren en vragen een toelichting van de minister.*

Voor mij staat voorop dat de zorginhoudelijke analyse wordt uitgevoerd door de relevante beroepsgroepen. Om dit te waarborgen heb ik de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunst (KNMG) gevraagd het onderzoek op te pakken. Zij achtte betrokkenheid van inhoudelijk specialisten essentieel en hebben daarop het verzoek doorgegeven aan de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en Verenso. Zij zullen bij de uitvoering van het onderzoek de relevante beroepsgroepen betrekken. Ik heb de partijen gevraagd mij uiterlijk begin 2014 hierover te rapporteren<sup>5</sup> en heb aangedrongen op snelheid.

<sup>4</sup> Bijlage 1 bij de Kamerbrief van 3 juli 2013, Kamerstuk 30 597, Nr. 366

<sup>5</sup> Zie ook Kamerbrief van 16 oktober 2013, Kamerstuk 29 689, Nr. 478

*De leden van de CDA-fractie vragen of de minister de mening deelt dat het niet altijd noodzakelijk is om eerst iemand op te nemen in het ziekenhuis alvorens in het revalidatiecentrum te worden opgenomen en dat dit onnodig kostenverhogend kan zijn? Kan de minister inzage geven in hoeveel dit het afgelopen jaar – 2013 – heeft gekost?*

Zie voor het antwoord op soortgelijke vragen van de SP-fractie.

*Daarnaast vragen deze leden waarom de huisartsen (LHV) niet gelijk worden betrokken bij de onderzoeksfase, dit betreft immers de essentie van de motie.*

Toen mij werd verzocht onderzoek te doen of de huisarts – eventueel met tussenkomst van de geriatrie specialist – direct kan doorverwijzen indien ziekenhuisopname evident overbodig is, heb ik aan de KNMG gevraagd dit onderzoek op te pakken, omdat een brede invalshoek van alle relevante beroepsgroepen een vereiste is. Deze relevante beroepsgroepen zijn verenigd binnen de KNMG en ook de LHV maakt deel uit van deze federatie. De KNMG heeft besloten het verzoek door te geven aan de betrokken wetenschappelijke verenigingen, in het bijzonder de NVKG en Verenso. Zij zullen bij de uitvoering van het onderzoek andere relevante medisch specialismen en de huisartsen betrekken, zodat vanuit verschillende invalshoeken geriatrische deskundigheid wordt samengebracht. Ik ben er dan ook gerust op dat de visie van de huisartsen voldoende wordt meegenomen bij de uitwerking van de motie.

*De leden van de CDA-fractie vragen vervolgens of er in deze onderzoeksfase niet voor een praktische – tussentijdse – oplossing of regeling gekozen kan worden? Waarom kan dit wel of waarom kan dit niet?*

Zie voor het antwoord op soortgelijke vragen van de SP-fractie.